

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ÉVOLUTION ET DU TRAITEMENT
DES
FIBROMES NÉCROBIOSÉS
AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Novembre 1932.

PAR

Henri-Alain DIRER

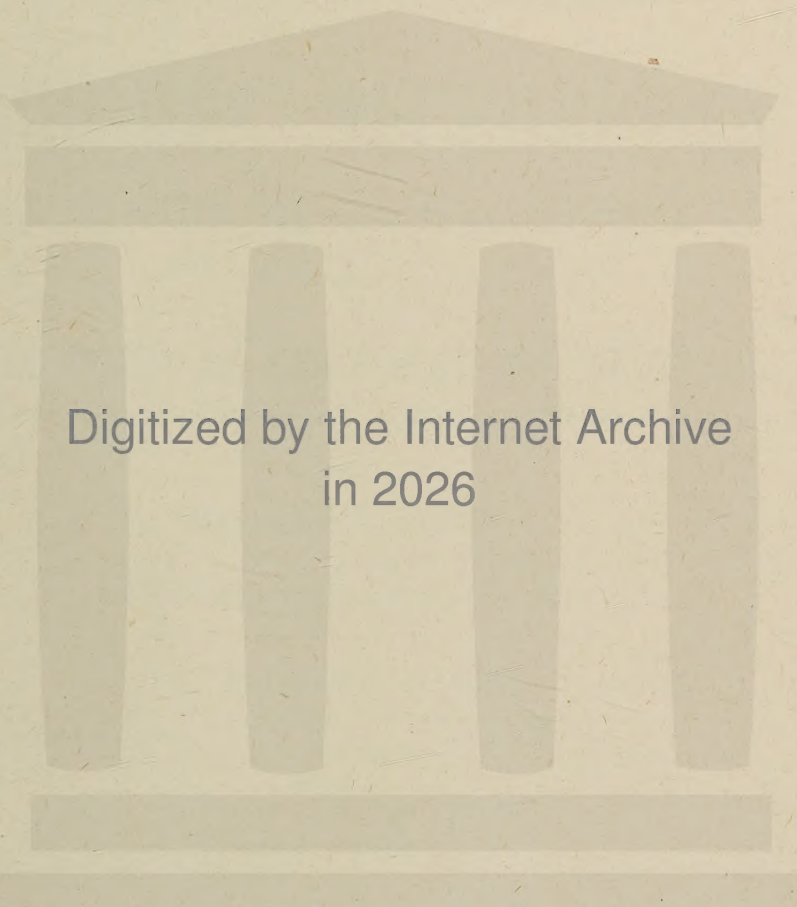
ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à **BREST (Finistère)**, le 2 juillet 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur. . .	Président.
		GUYOT, professeur	{ Juges.
		PAPIN, agrégé	
		LOURAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ÉVOLUTION ET DU TRAITEMENT
DES
FIBROMES NÉCROBIOSÉS
AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Novembre 1932.

PAR

Henri-Alain DIRER

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BREST (Finistère), le 2 juillet 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur ..	Président.
		GUYOT, professeur	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		LOURAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENTIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAQ.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Physiologie.....	PACHON	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Pharmacie	DUPOUY.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
		Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LAOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.	AUBERTIN.	id.	RIVIÈRE.
id.	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements	PERY.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle			
id.			
Clinique dentaire			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒURS

AUX MIENS — A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON PARRAIN

A MONSIEUR L'ABBÉ A. LESPAGNOL

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

AU DIRECTEUR ET AUX PROFESSEURS
DU COLLEGE SAINT-LOUIS DE BREST

A MES MAITRES DE L'ECOLE ANNEXE DE BREST
ET DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,*

Commandeur de la Légion d'honneur,

Croix de guerre,

Officier de l'Instruction publique.

AU DOCTEUR R. MAHON

Chef de Clinique obstétricale à la Faculté.

Toute notre sympathie et notre reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés et l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il nous soit permis de le remercier
ici pour le grand honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ÉVOLUTION ET DU TRAITEMENT
DES
FIBROMES NÉCROBIOSÉS
AU COURS DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Les chirurgiens et les accoucheurs ont été longtemps divisés par la conduite à tenir en cas de fibrome et grossesse. D'une part, les interventionnistes, presque tous chirurgiens, disaient avec Richelet (1869) : « Il y a lieu de sacrifier une grossesse problématique à une intervention sûre, et le chirurgien doit intervenir préventivement s'il veut sauver la femme »; de l'autre, les non-interventionnistes, comprenant surtout les accoucheurs, en majorité dès le début, qui faisaient valoir la fréquence des accouchements spontanés grâce à un ramollissement et à l'ascension du fibrome.

Mais sur un point tous se trouvaient d'accord : en cas de complication venant de l'état du fibrome, par exemple sa nécrobiose, l'opération était de règle. Cette idée a été conservée jusqu'à nos jours et, actuellement, faire le diagnostic de fibrome nécrobiosé au cours de la grossesse équivaut à porter une décision opératoire. Nous n'avons pas la préten-

tion de bouleverser cette règle de conduite, mais nous voudrions attirer l'attention sur l'importance du traitement médical qui, à notre avis, dans beaucoup de cas, est suffisant pour la thérapeutique du fibrome nécrobiosé au cours de la grossesse.

La nécrobiose des fibromes n'est pas connue depuis très longtemps. Il a fallu attendre l'ère pasteurienne pour pouvoir distinguer la nécrobiose vraie de la gangrène ou de la suppuration. C'est une lésion qui a été surtout vue, au début, au cours d'autopsies, *post abortum* ou *post partum*; puis elle a été souvent rencontrée au cours d'hystérectomies et de myomectomies.

C'est à Cornil (1893) que nous devons l'observation « principes » de cette affection; il s'agissait d'une femme enceinte de six mois. Elle fut hystérectomisée par Péan qui ne porta pas le diagnostic de nécrobiose.

Mais avant Cornil on avait vu la nécrobiose des fibromes. En lisant la littérature médicale, on peut se rendre compte que beaucoup d'auteurs ont décrit les fibromes nécrobiosés comme nous le ferions de nos jours, et cela au vu des pièces nécropsiques ou opératoires. Mais pour désigner cette lésion, ils emploient les mots de sphacèle, de gangrène, de suppuration, ou, s'ils se tiennent à une note descriptive, ils parlent de fibromes rouges, de fibromes lilas ou hortensia.

Depuis on a beaucoup étudié la nécrobiose des fibromes au point de vue histologique, étiologique et thérapeutique. La vulgarisation de l'hystérectomie puis de la myomectomie y a puissamment contribué, et nous connaissons bien maintenant la lésion et ses causes.

Pendant que se poursuivaient les travaux sur la nécrobiose, on étudiait beaucoup la valeur de la myomectomie au cours de la gestation; peu à peu elle a pris le pas, dans de très nombreux cas, sur l'hystérectomie, et cela est très intéressant pour la question qui nous occupe, car l'un des traitements, et peut-être le plus important, préconisé en cas de fibrome nécrobiosé pendant la grossesse, est la myomectomie.

Nous devons remarquer la part très importante prise par l'école bordelaise dans l'étude de cette affection. Les travaux de MM. les Professeurs Bégouin et Chavannaz sont très précieux, de même que ceux de MM. les Docteurs Bardon, Barthélémy, Denis; à Paris, les travaux de Piquand et Leme-land, la thèse de Leroux, les articles de Brindeau.

Dans ce travail, après avoir exposé succinctement la nécrobiose des fibromes en dehors de la gestation au point de vue symptomatique, étiologique, anatomo-pathologique, nous l'étudierons pendant la grossesse, puis nous comparerons les différents traitements en insistant sur le traitement médical.

Nous appuierons nos conclusions sur 9 observations inédites que nous devons à l'obligeance de MM. les Professeurs Andérodias, Guyot et Péry. Nous tenons à leur exprimer ici toute notre gratitude.

LA NECROBIOSE DES FIBROMES UTERINS

Les renseignements suivants ont été, en grande partie, puisés dans le travail de Bégouin, publié par le *Paris médical* à la date du 17 juin 1922. La description symptomatique en est restée classique.

Diverses théories sont en présence pour expliquer la pathogénie de la nécrobiose du fibrome. Il y a une ischémie du fibrome, tout le monde l'admet. Mais, pour les uns, cette ischémie est due à l'étranglement du fibrome dans sa capsule devenue trop étroite du fait de l'accroissement de la tumeur (opinion de Schenlz); pour d'autres, elle est due à la thrombose des veines de la capsule (opinion de Stevens).

Bégouin et son école ont repris les travaux. Gambier par la dissection (1908) et Bardon par la radiographie sur les fibromes injectés (1914) ont démontré que le fibrome était irrigué par deux réseaux vasculaires, l'un central, l'autre périphérique, et que ces deux réseaux étaient quelquefois anastomosés mais qu'ils pouvaient être aussi indépendants. Et alors, dans ce dernier cas, la masse centrale du fibrome n'est nourrie que par une artère terminale; on comprend aisément que la thrombose par artérite, embolie, la simple compression même de cette artère terminale, amènent la nécrobiose.

Dans le tableau clinique dominant trois symptômes formant la triade classique de Bégouin.

1° La douleur, pouvant débiter par une crise aiguë, et cela peut faire penser à une crise de pelvipéritonite ou à la torsion d'un kyste de l'ovaire. Cette douleur diminue, et il reste une sensibilité spontanée et surtout provoquée. Quel-

quefois, la douleur n'atteint pas l'intensité d'une crise aiguë, mais on note une sensibilité spontanée et surtout provoquée.

2° Une augmentation brusque du volume du fibrome et son ramollissement.

3° L'altération de l'état général. Le facies est tiré, vieilli. jaune. La température monte à 38 degrés, 38°5. Mais, ajoute Bégouin, « cette triade symptomatique n'est pas toujours au complet, et il existe des cas frustes où la nécrobiose ne se traduit que par la douleur à la pression au niveau du noyau fibromateux et par la diminution de sa consistance ».

D'un article de Brindeau, nous extrayons des notions très intéressantes au point de vue anatomo-pathologique.

A l'état frais, la tumeur est de consistance molle, tendant, à l'incision de sa capsule, à s'énucléer spontanément comme un tissu sous tension.

A la coupe, on remarque une coloration variable : soit un aspect nacré, soit une teinte allant du jaune pâle au rouge noir en passant par le jaune verdâtre, le chamois, le rouge brique ou le rouge hortensia. Au centre, la tumeur plus imbibée de suc peut présenter des géodes de volume inégal formant des sortes de kystes ou de cavernes anfractueuses contenant une bouillie puriforme. La nécrobiose peut être partielle, en foyers assez nettement délimités du tissu normal. ou totale avec une forme anémique à coloration pâle ou jaunâtre et une forme hémorragique à teinte violet foncé.

Histologiquement, la lésion se caractérise au début par le défaut de colorabilité des fibres musculaires et la teinte pâle des noyaux; ces lésions sont visibles par bandes dans les tissus non encore nécrosés. A un degré plus marqué, les noyaux deviennent vésiculeux et les éléments se colorent à peine. Lorsque la nécrobiose est complète, on ne voit plus qu'un tissu vaguement fasciculé avec quelques points granuleux, vestiges de noyaux. Le tissu conjonctif prend part à la dégénérescence. Les vaisseaux sont altérés, leur paroi nécrosée. Tous ces tissus sont aseptiques, même dans les parties ayant l'aspect d'une bouillie puriforme.

LA NECROBIOSE DES FIBROMES UTERINS PENDANT LA GROSSESSE

Il est certain et admis que la grossesse joue un rôle essentiel dans la nécrobiose du fibrome. Les proportions dans lesquelles cette lésion se produit sont difficiles à établir, et nous en donnerons la raison plus loin.

Tixier, qui apporte au Congrès de chirurgie de 1924 une statistique établie sur 4.200 interventions pour fibrome, aurait trouvé 113 nécrobioses, ce qui fait une proportion de 2,6 p. 100.

Leroux, dans sa thèse, publie la statistique de Pinard : sur 1.400 accouchements, à la Clinique Baudelocque, en six ans, il y a eu 84 grossesses avec fibromes, 4 ont nécessité des interventions pendant la gestation, 5 ont provoqué des avortements, 13 des accouchements prématurés; 66 ont atteint le terme.

La nécrobiose des fibromes au cours de la grossesse serait-elle donc une complication rare ?

Non, et Leroux s'exprime ainsi : « Il semble cependant que cette rareté ne soit qu'apparente et que bien des cas passent inaperçus soit par erreur de diagnostic, soit du fait de la bénignité des accidents cliniques ou même de leur absence. »

Barthélémy, dans sa thèse (Bordeaux, 1929), s'exprime de la façon suivante : « On peut toutefois penser que le nombre des grossesses à terme avec fibrome nécrobiosé est plus important que cette statistique ne le laisserait supposer, car si toutes les observations d'intervention ont dû être publiées, il est fort possible que beaucoup de cas où les accidents ont été discrets et n'ont pas obligé à intervenir immédiatement n'ont pas été publiés. »

N'ont pas été publiés, sans doute, mais parce qu'ils ont été ignorés. Nous rappelons la phrase du Professeur Bégouin : « Il existe des cas frustes où la nécrobiose ne se traduit que par la douleur à la pression au niveau du noyau fibromateux et par la diminution de sa consistance », et nous citons le cas de Sureau et Job, extrait du *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris* à la date du 11 février 1929 : la malade n'avait jamais présenté aucun signe de nécrobiose; les auteurs ont pratiqué une césarienne parce que l'engagement ne se faisait pas après quarante heures de travail et qu'ils savaient que la femme avait un fibrome de la région isthmique. A l'examen post-opératoire, on trouve ce fibrome nécrobiosé, et avec Sureau et Job nous disons qu' « il est difficile d'admettre que cet état se soit constitué seulement pendant le travail ».

M. le Professeur Andérodias nous a communiqué une observation (obs. IX) excessivement intéressante, dans laquelle la nécrobiose qui s'était produite vers le deuxième mois de la grossesse n'a pas été reconnue, et qui, malgré tout, a laissé la gestation aller jusqu'à terme.

On sait que les douleurs au niveau d'un fibrome au cours de la grossesse sont fréquentes. Or, Tixier dit : « En dehors de la gestation, un fibrome qui devient douloureux est un fibrome qui se complique. » Pour nous, cette loi est vraie même pendant la gestation, car la douleur élective du myome au palper est un signe pathognomonique de nécrobiose. Pourquoi pas pendant la grossesse ? D'autre part, les fibromes douloureux au cours de la grossesse presque toujours augmentent de volume en même temps que l'état général est atteint, ce qui complète la triade classique.

Et puis, nous citons tout à l'heure un cas entre plusieurs (celui de Sureau et Job), dans lequel aucun signe ne faisait penser à la nécrobiose. *A fortiori* faut-il la soupçonner quand il y a un signe pathognomonique.

Termier, au Congrès de chirurgie de 1924, disait que sur 600 ou 700 fibromes enlevés par lui, il a trouvé des signes

anatomo-pathologiques de dégénérescence dans un quart à un tiers des cas. Que nous sommes loin d'avoir des statistiques pareilles en clinique ! Il faut donc admettre que ces lésions peuvent évoluer à bas bruit ou, au moins, avec si peu de signes, qu'elles passent souvent inaperçues. C'est pourquoi il nous est si difficile, si ce n'est même impossible, de donner une statistique des cas de nécrobiose pendant la grossesse.

PRONOSTIC

Le pronostic des fibromes utérins nécrobiosés au cours de la grossesse est, classiquement, mauvais.

« ... Abandonnés complètement à eux-mêmes, ces fibromes nécrobiosés sont d'abord une dystocie sérieuse au moment de l'accouchement; même s'ils ne sont pas *prævia*, le travail se fait mal. Ils constituent surtout une menace très grave après l'accouchement du fait de leur infection si fréquente à ce moment.

» En résumé, une thérapeutique active doit être instaurée si l'on veut modifier un pronostic sombre par lui-même. » Ainsi s'exprime Barthélémy.

Nous ne voulons pas insister ici sur cette question de pronostic. Soulignons simplement que nous ne comprenons pas très bien comment un fibrome nécrobiosé peut créer une dystocie sérieuse s'il n'est pas *prævia*. C'est également pure hypothèse de prétendre que le fibrome en nécrobiose aseptique est voué à l'infection après l'accouchement. Les quelques observations que nous rapportons à la fin de ce travail montrent d'une façon suffisamment nette que l'hypothèse de Barthélémy est loin de se vérifier dans tous les cas. De fait, il est difficile aux partisans de l'intervention chirurgicale de dire comment se comporterait le fibrome nécrobiosé au cours de la grossesse, pendant le travail ou après l'accouchement : ils ne lui en laissent pas le temps.

TRAITEMENT

Depuis de nombreuses années, en ce qui concerne le fibrome nécrobiosé au cours de la grossesse, on n'a jugé digne du nom de traitement que l'exérèse chirurgicale. Après avoir exposé ce que l'on peut attendre de ces méthodes radicales, nous verrons si elles s'imposent dans tous les cas et s'il faut rejeter de parti pris le traitement médical.

I. — Traitements chirurgicaux.

Avant d'aborder les traitements chirurgicaux proprement dits, il convient d'éliminer l'avortement provoqué et l'hystérectomie prophylactique en bloc.

On a proposé de provoquer l'avortement. Nous condamnons formellement cette pratique, car elle est dangereuse par ses risques d'infection. D'autre part, elle supprime l'enfant, tout en laissant persister le fibrome, d'où, en somme, vient tout le mal.

Daniel, de Bucarest, a préconisé, au Congrès de chirurgie de 1924, de faire, dès le diagnostic de grossesse, dans un utérus atteint d'infiltration fibromateuse diffuse ou de fibromes multiples, établi, une hystérectomie qu'il appelle de ce fait prophylactique. Cette pratique est en contradiction avec les faits unanimement constatés : innombrables sont les cas où les fibromes et même l'infiltration fibromateuse n'ont pas gêné la marche de la grossesse. C'est surtout à ces deux méthodes (avortement et hystérectomie prophylactique) que s'applique très bien la parole du Professeur Chavannaz : « Trop souvent on a sacrifié l'enfant de parti pris », et aux

auteurs de ces pratiques qu'il faut dire le mot de Pinard : « Il faut penser à l'enfant »...

La discussion ne saurait porter que sur les cas de nécrobiose confirmée.

Pendant longtemps, seule l'hystérectomie était employée pour le traitement du fibrome nécrobiosé. Depuis quelques années, une autre opération a eu la faveur des chirurgiens dans beaucoup de cas : c'est la myomectomie.

HYSTÉRECTOMIE. — Cette opération radicale, nécessaire en certains cas, a eu de très bons résultats au point de vue maternel. Les procédés actuels ont abaissé la mortalité opératoire à un chiffre très proche de 0, et les quelques décès à déplorer sont dus aux dangers de toute laparotomie. Par contre, l'enfant est à chaque coup supprimé à moins que l'on ait fait précédemment une opération césarienne. Mais pour cela il faut que l'enfant soit viable; or, l'expérience montre que les accidents alarmants de nécrobiose se produisent presque toujours avant le septième mois, ce qui, en définitive, condamne l'enfant dans la majorité des cas.

MYOMECTOMIE. — Cette opération a, au contraire, la prétention de sauver la mère tout en sauvegardant la vie de l'enfant. C'était une opération d'exception à l'époque de Péan (1874) et de Routier (1886). Mais bientôt elle fut étudiée, et la discussion à la Société de chirurgie de 1922, le rapport de Labey au Congrès de chirurgie de 1924, les thèses de Leroux (Paris, 1923) et de Denis (Bordeaux, 1925), le mémoire d'agrégation de Levant (1926), divers articles de Brindeau et surtout son rapport au Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française (1929), de nombreuses communications aux diverses sociétés de gynécologie de Paris et des provinces l'ont mise définitivement en honneur, et elle tend à supplanter l'hystérectomie dans les cas où elle est techniquement réalisable.

Cependant, la mortalité maternelle est assez élevée. La proportion dépend évidemment des conditions d'exécution et du nombre de fibromes. Il ne faut opérer que si la poche

des eaux est intacte, et beaucoup s'abstiennent si les fibromes sont nombreux. Malgré tout, le Professeur agrégé Papin a réussi à enlever 6 fibromes nécrobiosés chez une femme enceinte de trois mois. La femme a très bien guéri, mais elle a avorté (Soc. obst. et gyn., Bordeaux, 30 avril 1929).

D'après Barthélémy, la mortalité maternelle serait de 8 à 12 p. 100. Pour Leroux, 25 p. 100; Denis, 2,47 p. 100; Turner (1900), 21 p. 100; Bar-Brindeau (1881-1904), 8 p. 100; Cotte, Creyssel, Labey (1907-1924), 1,7 p. 100.

La statistique qui semble donner la moyenne la plus réelle est celle de Brindeau : 6 morts sur 134 cas, soit 4,3 p. 100.

L'écueil de la myomectomie est l'hémostase qui est assez difficilement réalisée. Le suintement qui se produit donne un hématome pouvant s'infecter et donner des accidents sérieux. Mais, cette opération, théoriquement, sauvegarde l'enfant. Souvent, oui, mais pas toujours, et les statistiques le prouvent :

Pour Turner (1900), l'enfant meurt dans 45 p. 100 des cas;

Pour Brindeau (1881-1904), dans 33 p. 100;

Pour Cotte, Creyssel, Labey (1907-1924), 15 p. 100; Denis, 11 p. 100; Leroux, 25 p. 100; Brindeau, 48 p. 100.

Le chiffre exact varie donc entre 15 et 25 p. 100, ce qui est loin d'être parfait.

En résumé, quelle que soit l'opération pratiquée les résultats ne sont pas brillants. Dans l'hystérectomie, la mère est sauvée, mais l'enfant est presque toujours sacrifié. Dans la myomectomie, on sauve de 75 à 85 p. 100 des enfants, mais la mère succombe dans 4,3 p. 100 des cas.

Devant ces résultats, on comprend très bien que les chirurgiens hésitent parfois dans le choix de l'opération. Cependant, la myomectomie a, sur l'hystérectomie, l'avantage de conserver à la femme son appareil génital et lui donne ainsi la possibilité d'avoir d'autres enfants, sa « capacité maternelle », selon l'expression du Professeur agrégé Charrier. Les

statistiques, cependant, montrent qu'après l'opération les femmes sont rarement fécondées.

D'après Martin, sur 122 opérées : 2 grossesses ultérieures = 1,64 p. 100;

D'après Zwibel, sur 540 opérées : 18 grossesses ultérieures = 3,32 p. 100;

D'après Gouilloud, sur 114 opérées : 15 grossesses ultérieures = 13,5 p. 100;

D'après Mayo, sur 504 opérées : 43 grossesses ultérieures = 8,53 p. 100;

D'après Tuffier, 4 p. 100.

Le pourcentage n'est pas très élevé, mais il est vrai que ces femmes fibromateuses étaient âgées.

En tout cas, si la conservation de leur utérus ne leur permet pas une grossesse ultérieure, elle leur évite cette douleur morale que connaissent beaucoup d'hystérectomisées, se considérant à juste titre comme des diminuées.

II. — Traitement médical.

A peu près tous les auteurs choisissent entre l'hystérectomie et la myomectomie pour le traitement du fibrome nécrobioté. Porter ce diagnostic à l'heure actuelle chez une femme enceinte équivaut à poser une indication opératoire. Quant au traitement médical possible, très peu en parlent.

Turner, le premier sans doute, a parlé de retarder jusqu'à l'accouchement l'ablation d'un fibrome nécrobioté non infecté, et il a fait adopter cette idée à la Société royale de médecine de Londres, en 1910.

Thaïtes Lastra et Julio Bazan opèrent ou attendent suivant les indications de la clinique (27 octobre 1927, Soc. obst. et gyn. de Buenos-Ayres).

Le Professeur Guyot, de Bordeaux, met la malade au repos et à la glace et n'intervient que si une amélioration ne suit pas ce traitement loyalement appliqué.

Leroux, dans sa thèse (Paris, 1923), écrit ceci : « Les formes bénignes, légères, ne déterminant qu'une douleur atténuée, par crises passagères et peu prononcées, troublant peu l'état général de la femme, ne doivent pas immédiatement être traitées chirurgicalement. En somme, la grossesse et le fibrome ont une vie commune difficile, mais sans incompatibilité absolue. Il faut alors instituer un traitement médical, imposer le repos au lit, surveiller la malade. L'expectative armée, telle doit être la ligne de conduite, celle qui sauvegarde les intérêts de la mère et de l'enfant, car la myomectomie simple comprend malgré tout un certain risque d'avortement. On s'efforcera ainsi de temporiser de façon à se rapprocher le plus possible du terme. »

Les accoucheurs, sans attaquer de front le principe de l'intervention systématique dans les fibromes nécrobiosés au cours de la grossesse, ont souvent soutenu qu'il fallait se garder de considérer la constatation d'un fibrome douloureux pendant la gestation comme une indication opératoire (opinion défendue par MM. Andérodias, Balard, Favreau, Péry à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, à la suite d'un cas de myomectomie au cours de la grossesse rapportée par M. Jeanneney le 27 mai 1930).

Barthélémy reconnaît que la nécrobiose n'est pas incompatible avec la continuation de la grossesse. Sur 30 observations, il rapporte 9 cas où la grossesse est allée jusqu'à terme. A ces cas, il en oppose 14 où l'opération a, dit-il, dû être pratiquée.

De 9 à 14, la différence n'est pas tellement grande qu'on puisse en tirer argument. D'autre part, tous les cas n'ont pas été relatés, et ce sont surtout ceux où tout s'est bien passé, c'est-à-dire sans opération, qui ne l'ont pas été.

Enfin, l'opération a dû être pratiquée, dit-il. Or, sur ces 14 cas, il y avait 3 erreurs de diagnostic, et, après tout, peut-être que si l'on avait attendu tout se serait bien passé pour les autres cas.

Car, que risque-t-on, somme toute?

Barthélémy nous parle des complications empêchant la grossesse d'arriver à terme, complications par exagération d'un symptôme, signes généraux surtout, ou par la compression.

Pour ce qui est de la compression, que le fibrome soit nécrobiosé ou non, elle garde toujours les mêmes indications.

L'aggravation des symptômes est rare, et le plus souvent ces symptômes sont calmés par le repos et la glace. Barthélémy parle ensuite des poussées de péritonite plastique, de phlegmatia alba dolens, avortements, accouchements prématurés. Si l'on consulte la statistique de Pinard, on voit que la grossesse est interrompue dans 21,47 p. 100 des cas englobant toutes les causes liées au fibrome. Ce chiffre, peu élevé, laisse soupçonner qu'on perd moins d'enfants en laissant la grossesse évoluer avec un fibrome nécrobiosé qu'en faisant une myomectomie. Les phlébites sont assez rares, et ce serait une raison pour ne pas intervenir, car l'opération les favorise. La péritonite plastique, au contraire, est fréquente, et c'est sur elle sans doute qu'agissent la glace et le repos. Nous disons, avec Barthélémy, que les gangrènes, les suppurations ou autres infections du fibrome nécrobiosé sont très rares.

Quant au pronostic fœtal, il n'est aggravé par la nécrobiose que dans la mesure où la grossesse peut être interrompue.

Que deviennent après l'accouchement les fibromes nécrobiosés qui ont permis à la grossesse d'attendre le terme sans provoquer d'accident ?

Quelques-uns, s'ils sont exposés, s'infectent, mais cela est rare. Beaucoup évoluent aseptiquement. Il n'est même pas absurde de penser que plusieurs se résorbent et donnent des noyaux calcifiés tolérés par l'organisme.

Il est évident que certaines nécrobioses, se produisant brusquement et donnant naissance à un tableau abdominal aigu, seront opérées, souvent par erreur de diagnostic, ou plus souvent par crainte de l'erreur, car le tableau pourrait faire penser à la torsion d'un kyste de l'ovaire par exemple, cas dans lequel il faudrait agir au plus tôt.

Mais, dans les autres cas, où la douleur insidieuse au début va en augmentant en même temps que le volume du fibrome progresse, nous croyons qu'il est opportun d'instituer le traitement médical. Immédiatement, le repos et la glace font disparaître la douleur, du moins le plus souvent. La malade n'est pas, pour cela à l'abri d'une nouvelle poussée de son mal, mais la même thérapeutique s'impose encore là.

Nous avons recueilli plusieurs observations qui, réellement, sont frappantes à ce point de vue.

La plus intéressante est celle de Mme Germaine L... (obs. VIII), entrée chez le Professeur agrégé Papin alors qu'elle était enceinte de deux mois seulement. Le diagnostic de fibrome nécrobiosé fut porté. La glace et le repos ont permis à cette femme de supporter sa grossesse jusqu'à terme et d'avoir, grâce à une césarienne, un enfant, fait capital si on considère que la patiente était primipare et qu'elle avait 38 ans.

Une autre observation (obs. IV), non moins intéressante, a été recueillie dans le service du Professeur Guyot. Enceinte de trois mois au moment des accidents, cette femme accoucha à terme d'un enfant bien portant grâce au traitement médical.

En consultant les observations, on peut remarquer que chaque fois que la thérapeutique, glace et repos, a été appliquée, on n'a jamais eu à s'en repentir. Par exemple, les observations de la clinique d'accouchements de la Faculté (depuis 1919) révèlent 19 gros fibromes, dont 5 douloureux pouvant faire penser à des accidents de nécrobiose. On n'est jamais intervenu chirurgicalement; toujours le traitement médical a été appliqué, et tout s'est bien passé.

INDICATIONS OPERATOIRES

En cas de fibrome nécrobiosé au cours de la grossesse, il faut attendre : mettre de la glace sur le ventre. Si une amélioration survient, ne pas intervenir. Si une amélioration survient puis disparaît : remettre de la glace (obs. VIII).

Il peut se présenter des cas où l'on fait une laparotomie pensant qu'une myomectomie serait possible et facile. A la vue des lésions, on se rend compte que seule l'hystérectomie est possible. Ou bien on opère pour autre chose, et dès l'ouverture du ventre, on voit qu'il s'agit d'un fibrome nécrobiosé : si l'état de la malade le permet, on est autorisé, et il est même indiqué, dans ces cas, de refermer le ventre sans faire quoi que ce soit. Appliquer ensuite le traitement médical.

Turner, le premier, a refermé le ventre d'une malade sans rien enlever après avoir constaté la présence d'un fibrome largement implanté, alors qu'il croyait trouver un fibrome pédiculé. La femme a accouché à terme d'un enfant bien portant.

DOCUMENTS CLINIQUES

Nous avons pu relever neuf observations inédites de fibromes ayant présenté, au cours de la grossesse, des signes cliniques suffisamment nets pour qu'on paraisse autorisé à porter le diagnostic de nécrobiose. Plusieurs de ces cas ont fourni la preuve incontestable de la nécrobiose lors d'une opération pratiquée au cours de la gestation.

Dans tous ces cas, malgré le sphacèle aseptique des fibromes, probable ou certain, la grossesse a pu évoluer jusqu'à son terme normal et a permis d'obtenir, soit par un accouchement spontané, soit par une intervention obstétricale, soit par une opération chirurgicale, un enfant vivant.

L'expectative, pendant la gestation, qui dans tous ces cas a permis de sauver l'enfant, n'a, dans aucun, nui à la mère. C'est ce que nous voulons démontrer.

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance du Professeur PÉRY, Maternité de Pellegrin, 1922, n° 418.)

Malade envoyée d'urgence à la Maternité de Pellegrin le 3 juin 1922 pour accidents graves d'auto-intoxication gravidique (céphalée, vomissements, douleurs épigastriques, crampes dans les mollets, oligurie extrême, albuminurie, hypertension très marquée).

Grossesse de sept mois ayant évolué dans un utérus envahi par de multiples fibromes (4), dont le plus gros, situé au niveau de la corne utérine gauche, atteint le volume d'une grosse orange. On croit entendre le bruit du cœur.

Le traitement immédiat (lavage intestinal, purgation, saignée, diète hydrique) amène une amélioration rapide. Les symptômes alarmants s'amendent très notablement dès le lendemain, mais l'auscultation pratiquée à ce moment a été négative.

De violentes *douleurs utérines* ont apparu le 6 juin et sont accompagnées d'une perte sanguinolente; les douleurs paraissent siéger plus particulièrement *au niveau des fibromes*. Application de glace qui paraît soulager la parturiente.

Le 10, l'accouchement se produit, et la femme expulse un fœtus mort et macéré. Le placenta suit de très près la sortie du fœtus. Pas de foyers hémorragiques, ni anciens, ni récents.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance du Professeur PÉRY, Maternité de Pellegrin, 1924, n° 890.)

Mme C..., 22 ans.

Cette femme a eu ses dernières règles entre le 25 février et le 3 mars 1924. En juillet, venue à la consultation, on découvre un fibrome du fond utérin de la grosseur d'une mandarine. Ce fibrome détermine dans les jours qui suivent des *accidents douloureux* abdominaux, pour lesquels on hospitalise la malade durant quinze jours. Elle est traitée par le repos et la glace; elle sort guérie, et les douleurs n'ont pas reparu durant toute la grossesse.

A terme, accouchement normal et suites normales.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

G... (Marie), épouse D..., 34 ans, entre le 9 avril 1931 dans le service de M. le Professeur Guyot, pour des douleurs siégeant dans le bas-ventre, analogues, dit-elle, aux douleurs de l'accouchement.

Les dernières règles datent de fin janvier.

Depuis le début de février, elle souffre de douleurs survenant par crises, accompagnées de pertes café et d'eaux sales.

La première crise a eu lieu en février et a duré dix jours.

Une deuxième en mars, très douloureuse, de trois jours. Enfin, une troisième, moins vive, décidant la malade à entrer à l'hôpital.

Au cours de ces diverses crises, la malade a continué à vaquer à ses occupations. Ni fièvre, ni tendance aux syncopes. Mais pendant la crise la malade a un facies fatigué, peut-être un peu pâle, mais pas de vomissements, pas de nausées. Le repos au lit ne calmait pas les douleurs.

Cette femme, qui était réglée régulièrement et sans douleur, a eu un garçon V. B. P., et a fait une fausse couche de deux mois. Aucun antécédent pathologique.

A l'examen, le facies de la femme est rosé.

A la palpation, on sent une contracture du ventre à droite. Sous cette contracture, on découvre une masse du volume du poing, dure, non douloureuse.

Au toucher vaginal, le col est entr'ouvert. A droite et en arrière, on sent une masse, dure, très volumineuse, non mobile, postéro et latéro-utérine, *très douloureuse*, comblant le cul-de-sac droit, descendant en arrière.

Pouls bien frappé, régulier, à 72.

MM. les Docteurs Villar et Traissac font une laparotomie exploratrice (le 10 avril), car le diagnostic de grossesse extra-utérine avec hématocele rétro-utérine est discuté.

Dès le ventre ouvert, on voit tout de suite qu'il s'agit d'un gros utérus gravide, avec fibromes : un fibrome antérieur qui, faisant saillie sous la peau, simulait le corps utérin et un gros fibrome postérieur de l'isthme, enclavé dans le petit bassin, difficilement énucléable. La myomectomie paraissant trop difficile et dangereuse (avortement), on décide l'abstention. Réfection de la paroi en 3 plans. Pas de drainage.

Le 23 avril, ablation des points.

Cette femme accouche, le 17 octobre 1931, à la Clinique d'accouchements de l'Hôpital Boursier, d'un enfant hydrocéphale du poids de 3 kg. 260, qui meurt six heures après.

Le diagnostic d'hydrocéphalie n'est fait ni pendant la gestation ni pendant le travail.

L'accouchement se fait par le siège décomplété. Le siège se dégage spontanément, et l'expulsion se fait sans difficulté jusqu'à la tête, qui reste élevée au détroit supérieur; on fait un Mauriceau énergique, un Champetier. La tête finit par s'engager, mais, la bouche au niveau de l'orifice vulvaire, toute progression est arrêtée. Forceps sur tête dernière, qui permet le dégagement sans trop de difficultés au prix d'une déchirure incomplète. Il s'agit d'un hydrocéphale qui crie presque aussitôt, mais meurt six heures après.

Le B.-W. était négatif, et elle n'avait pas d'albumine dans les urines.

Température après l'accouchement, 37°. La femme est sortie le 31 octobre 1931, en bon état.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance de MM. les Professeurs GUYOT et ANDÉRODIAS, Clinique d'accouchements, 1930, n° 715.)

D... (Henriette), III-pare de 34 ans, dernières règles du 10 au 15 décembre 1929, entrée le 15 mars 1930 dans le service de M. le Professeur Guyot à l'Hôpital André-Boursier.

La grossesse s'est déroulée normalement jusqu'au 1^{er} février, date à laquelle la malade a eu une première crise douloureuse de quatre à cinq jours de durée, douleurs siégeant dans le bas-ventre.

La deuxième crise douloureuse a commencé le 9 mars. Début brusque à 6 heures du matin, augmentant l'après-midi et les jours suivants. Pas de perte, mais des nausées et des vomissements. La malade a été traitée par des injections et des applications de glace sur le ventre.

Le 15 mars (jour d'entrée), elle est plus calme, les douleurs ont à peu près disparu. Pas de céphalée.

Le 17 mars, la malade a été examinée par le Professeur Guyot : celui-ci fait le diagnostic de grossesse compliquée de fibromes, vraisemblablement en voie de nécrobiose; on perçoit, en effet,

plusieurs myomes du volume d'une orange, *électivement douloureux à la pression*. La malade est mise au repos et à la glace à partir du 15 mars, date de son entrée à la Clinique gynécologique. Très rapidement, les nausées disparaissent. La douleur diminue, puis disparaît à son tour, la température tombe à la normale, alors qu'elle oscillait entre 37°5-38 degrés.

La malade quitte le service du Professeur Guyot en très bon état le 3 avril.

La fin de sa gestation est normale. Accouchement normal, spontané, à terme, en six heures et demie. Fille de 3 kg. 320. Suites apyrétiques; la mère et l'enfant sortent en parfait état le treizième jour.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance du Professeur ANDÉRODIAS,
Clinique d'accouchements, 1923, n° 247.)

Primigeste de 24 ans, dernières règles du 28 juillet au 2 août 1922. Aucun antécédent pathologique. Au début de septembre, apparition progressive de *douleurs*, d'abord localisées à gauche, puis généralisées à tout l'abdomen, ne l'obligeant cependant pas à interrompre son travail. La malade consulte plusieurs médecins, qui errent sur le diagnostic. Celui-ci est fait finalement par M. le Professeur agrégé Faugère, qui reconnaît la coexistence de fibrome et d'une gestation. A partir de la fin décembre, les douleurs disparaissent, la malade est en parfait état. Le 1^{er} mars, une hémorragie survient inopinément, spontanée, abondante. La malade est alors conduite à la clinique d'accouchements, où l'on trouve un utérus de 30 centimètres de hauteur, dévié à gauche, contenant un fœtus vivant, tête en bas, et flanqué à droite, dans la fosse iliaque, d'un fibrome dur, non douloureux, du volume d'une tête fœtale de 7 mois. Deux nouvelles hémorragies surviennent malgré le repos, le 15 mars et le 7 avril. On porte fermement le diagnostic de fibrome et de placenta prævia. Le 24 avril, laparotomie (Professeur Rivière, Docteur Lacouture), césarienne haute, qui permet d'extraire une fille de 3 kg. 500, qui crie aussitôt.

Le fibrome étant implanté sur la zone vasculaire, adhérent à l'intestin grêle, à la vessie et à l'uretère droit, on pratique une hystérectomie totale, dont les suites sont très simples.

La mère et l'enfant sortent en parfait état le vingt-sixième jour.

Le fibrome présentait des *foyers macroscopiquement nécrobiotiques*.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance du Professeur ANDÉRODIAS,
Clinique d'accouchements, 1924, n° 452.)

C'est une primipare de 34 ans, dont les dernières règles datent du 6 au 9 octobre 1923. Au cinquième mois de la gestation, la malade se plaint de *douleurs vives* dans le flanc gauche. Le Professeur Chavannaz, consulté, constate une tumeur.

Des compresses chaudes font cesser les douleurs en cinq ou six jours. A terme, l'abdomen est très volumineux. On a l'impression d'un utérus hypertrophié en masse; en plus, existe au niveau du bord gauche une tumeur grosse comme le poing, aplatie, résistante, non douloureuse, ayant faiblement grossi depuis le début de la gestation.

Accouchement spontané en six heures d'un gros enfant de 4 kg. 500; placenta, 900 grammes. L'utérus reste gros pendant les suites de couches, qui sont normales. La mère et l'enfant sortent en parfait état le dix-huitième jour.

OBSERVATION VII.

(Due à l'obligeance du Professeur ANDÉRODIAS,
Clinique d'accouchements, 1930, n° 268.)

II-pare de 24 ans qui, aux deux premiers mois de sa grossesse, a eu des menaces d'avortement. Gros fibrome du bord droit de l'utérus *légèrement douloureux* vers la fin de la grossesse. Accouchement normal. Suites favorables. Involution un peu lente,

fibrome indolent spontanément et au palper. Fille de 3 kg. 840, s'élevant bien. La mère et l'enfant sortent en parfait état le quinzième jour.

OBSERVATION VIII.

(Due à l'obligeance du Professeur ANDÉRODIAS,
Clinique d'accouchements, 1931, n° 469.)

Mme L... (Germaine), 38 ans, primipare, entre à la clinique d'accouchements le 17 décembre 1930, enceinte d'environ deux mois et demie, parce que son ventre est anormalement volumineux pour l'âge de la grossesse et qu'elle présente des crises douloureuses abdominales.

La malade, habituellement bien réglée, a eu ses dernières règles du 8 au 12 septembre. Quelques nausées attirèrent son attention au début d'octobre, puis les règles qu'elle attendait font défaut.

Les premières semaines de la gestation sont normales, mais, le 20 novembre, la malade commence à souffrir par crises généralisées à tout l'abdomen et devenant de plus en plus fréquentes, presque subintrantes. Constipation opiniâtre, comme d'habitude; pas de troubles urinaires.

Le 2 décembre, elle va consulter le Docteur Pastureau à cause de ses douleurs et d'une perte de connaissance qu'elle avait eu la veille. Celui-ci, frappé par l'excès de volume utérin (il croyait à une grossesse de six mois), adresse la malade au Docteur Gautret, qui fait le diagnostic de grossesse de moins de trois mois se développant dans un gros utérus fibromateux et prescrit le repos absolu et une surveillance continue. Pour réaliser ces conditions, le Docteur Pastureau adresse la malade à la consultation du Professeur agrégé Papin, à l'Hôpital Saint-André, le 5 décembre. Celui-ci admet immédiatement la malade dans son service et, pensant à une dégénérescence des fibromes, juge une intervention indiquée immédiatement. Cependant, désirant avoir un point de vue obstétrical, M. le Professeur agrégé Papin prie le Docteur Mahon d'examiner la malade et de lui donner son avis.

Celui-ci examine la malade le 6 décembre et constate un gros utérus polyfibromateux, atteignant l'ombilic avec gros myome pelvien; toutes ces masses fibromateuses sont *électivement et exquisement douloureuses à la pression*; la température oscille entre 37 degrés et 37°5; le *facies est tiré, vieilli*; il n'y a pas de troubles de compression. On ne peut que confirmer le diagnostic déjà porté : grossesse de deux à trois mois, gros utérus polyfibromateux, avec noyaux très vraisemblablement en voie de nécrobiose. Mais ayant déjà vu de semblables malades très améliorées par le repos et la glace, le Docteur Mahon réclame quelques jours d'expectative.

En effet, très rapidement, les douleurs s'amendent, la température retombe à 36°6-36°8, et l'état général s'améliore.

Au bout de douze jours, M. le Professeur agrégé Papin, ne pouvant indéfiniment conserver cette malade dans son service de chirurgie, la transfère dans le service de M. le Professeur Andérodias, où elle entre le 17 décembre. L'amélioration s'accroît.

Fin décembre, en février, en avril, la malade présente trois crises douloureuses, qui ont duré quelques heures et ont cédé immédiatement à l'application de vessies de glace. Cependant, la malade garde constamment le lit, car, dès qu'elle se lève, une sensation de lassitude et de pesanteur douloureuse dans le bas-ventre l'oblige à se recoucher.

A partir du septième mois, l'état général et local s'améliore encore et, au huitième mois, la malade peut rester levée sans fatigue cinq à six heures par jour.

Antécédents. — Puberté à 12 ans, réglée régulièrement depuis. L'abondance des règles n'a jamais augmenté et particulièrement pas au cours de ces dernières années (durée : quatre, cinq jours, 4 serviettes par jour, égales d'abondance pendant les quatre jours, douloureuses le premier jour).

Mariée à 20 ans; fausse couche d'un mois à 28 ans.

Pertes blanches peu abondantes deux jours avant les règles; pas d'hydropisie.

A signaler, en 1927, une crise abdominale douloureuse avec température au-dessous de 38 degrés, d'une durée de huit jours, éti-

quetée appendicite, sans que le toucher vaginal ait été pratiqué et que l'on peut, peut-être, rattacher rétrospectivement à des phénomènes de nécrobiose d'un noyau fibromateux droit.

Examen du 27 mai 1931. — Etat général parfait, bon sommeil, bon appétit, aucun trouble urinaire, constipation habituelle, que suffit à combattre une infusion quotidienne de bourdaine.

Hauteur de l'utérus, 38 centimètres; largeur, 34 centimètres.

Grosse masse sous-ombilicale, qui paraît être le segment moyen de l'utérus distendu; deux fibromes vers le fond, du volume d'un œuf de poule, sessiles, non douloureux; la face antérieure est bourrée de fibromes interstitiels. Pas d'excès apparent de liquide amniotique.

B. D. C. positifs à mi-distance ombilic-pubis, maximum à droite.

Au toucher, on tombe sur une masse du volume d'une grosse orange, située en avant du rectum, sensiblement au milieu de l'excavation, de consistance fibromateuse, *électivement et exquisement douloureuse au toucher* (cependant, la malade signale spontanément que le toucher de cette masse était plus douloureux au début de la grossesse). On devine le col sous la symphyse, sans que sa situation élevée, antérieure, et le ramollissement gravidique permettent de le reconnaître très nettement.

Début du travail, le 12 juin, à 14 heures.

Examen à 18 heures : col très haut derrière la symphyse, en voie d'effacement. Ascension très nette au-dessus du détroit supérieur du fibrome, que l'on sentait *prævia* et qui est considérablement ramolli. Au niveau du cul-de-sac latéral droit, on perçoit une masse du volume d'une petite mandarine, ovoïde et légèrement mobile. B. D. C. très bons.

Intervention à 20 h. 30 (Professeur Andérodias et Docteur Villar). Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane partant à 10 centimètres environ au-dessus du pubis et s'arrêtant à 15 centimètres de l'appendice xyphoïde. Il faut libérer quelques adhérences épiploïques au niveau des noyaux fibromateux pédiculés qui sont d'apparence nécrobiotique. Césarienne haute. Liquide amniotique fortement teinté de méconium; enfant de 3 kg. 200, qui crie dès sa naissance. On bourre l'utérus de compresses sans faire la déli-

vrance et on le ferme avec deux pinces de Museux. Hystérectomie subtotale. Péritonisation facile. On place un drain dans le Douglas. Paroi en trois plans, avec crins totaux serrés sur bourrelet

Suites apyrétiques et sans le moindre incident.

La mère et l'enfant sortent en parfait état le vingt-cinquième jour.

A la coupe, plusieurs noyaux fibromateux présentaient un aspect nécrobiotique confirmé par l'examen histologique (Docteur Elisabeth Dubrueilh) : « Nécrobiose totale de tous les fragments examinés; les cellules sont réduites à l'état d'une enveloppe qui se colore mal, mais on ne trouve plus aucun noyau. »

OBSERVATION IX.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ANDÉRODIAS.)

(Cette observation sera publiée avec plus de détails ultérieurement.)

Mme X..., primipare de 39 ans, est envoyée d'Arcachon à M. le Professeur Andérodias, le 11 septembre, à 5 heures du matin. La malade, à terme et en début de travail, saigne depuis la veille au soir. L'hémorragie ne paraît pas avoir été très abondante, mais les renseignements précis manquent là-dessus. L'état général paraît satisfaisant. Le pouls est régulier, bien frappé, peu rapide. La coloration est normale; mais les bruits du cœur fœtal ont disparu. Le col est entier et fermé.

Dans ces conditions, on décide une intervention immédiate, par voie haute, mais l'opération conservatrice paraît indiquée.

Césarienne basse sous rachi-anesthésie (syncaïne, 10 centigrammes après injection sous-cutanée de caféine). Opération typique, facile, rapide, sans perte de sang.

Enfant mort de 3 kg. 700, non en état de rigidité cadavérique, sans aucun début de macération. L'intervention a montré qu'il s'agissait bien d'une insertion basse, centrale du placenta. Paroi en trois plans, sans drainage, avec crins totaux serrés sur bourdonnets.

Après l'opération, la malade recommence à saigner d'une façon

continue. Le pouls s'élève successivement à 120, 140. L'état général devient inquiétant. Des injections sous-cutanées d'ergotine, d'extrait hypophysaire, de toniques cardiaques et généraux n'enrayent pas l'aggravation.

A midi, on décide de réintervenir. Anesthésie générale à l'éther Ombredanne. Désunion de la suture. Extériorisation de l'utérus. On remarque alors pour la première fois, sur la corne utérine droite, un fibrome du volume d'une mandarine. Hystérectomie subtotala rapide : pinces à demeure sur les pédicules, pinces de Museux sur le col, Mikulicz, paroi en un plan au bronze.

Après l'intervention, état alarmant pendant trois heures. On fait successivement 500 c. de sérum physiologique, toute la série des toni-cardiaques. Une transfusion d'urgence est décidée, mais dans l'impossibilité de pratiquer la recherche des groupes sanguins et devant des signes subjectifs inquiétants accusés par la malade, on s'arrête après l'injection de 400 cc. La malade est laissée en position déclive pendant six heures et, après redressement progressif, transportée dans son lit neuf heures après l'opération.

Le lendemain, grosse amélioration.

Le lendemain soir, la partie paraît de nouveau perdue : pouls 150, état général très mauvais, vomissements noirs. On pratique successivement un lavage d'estomac et une transfusion sanguine avec le même donneur que la veille. L'épreuve des groupes a pu être cette fois pratiquée : donneur et receveur sont du groupe III. La malade reçoit 300 cc. de sang citraté, sans autre incident que la reproduction des manifestations fonctionnelles de la veille, sur lesquelles on passe outre.

Dès lors, amélioration progressive et rapide. La température, qui s'est élevée à 39 degrés, descend en lysis rapide; à partir du dixième jour, apyrexie absolue. Le pouls reste élevé (115, 120) pendant une vingtaine de jours, puis descend à son tour. La guérison se poursuit sans incident.

Les pinces à demeure ont été enlevées le quatrième jour au matin, les mèches le cinquième, le sac le neuvième.

Ce qui nous intéresse dans cette observation d'hémorragie grave par placenta prævia central, c'est le fait suivant, fortuitement cons-

taté : l'hystérectomie, rendue nécessaire par les complications du seul placenta prævia, a permis de constater sur la corne utérine droite un fibrome à demi-sessile qui, à l'ouverture dans le plateau, s'est montré complètement nécrobiosé : une mince coque périphérique était d'apparence normale, mais prenait rapidement vers la profondeur l'apparence de la nécrobiose. Le centre, complètement mortifié, était réduit à l'état d'un magma puriforme, sans odeur, évidemment aseptique, bien qu'aucun contrôle bactériologique n'ait été effectué.

Il ne fait aucun doute que cette malade présentait un fibrome en état de nécrobiose. Ce fibrome, malgré cette nécrobiose, avait permis à la gestation de poursuivre son cours normal jusqu'au terme et à l'enfant de se développer de façon parfaite. Il est bien évident que les seuls accidents cliniques constatés relevaient de l'insertion basse du placenta, qui paraît n'avoir été qu'une simple coïncidence. Les derniers mois de la gestation s'étaient passés sans le moindre épisode fébrile douloureux ou autre. Cependant, au deuxième mois de la grossesse, la malade avait présenté une *crise douloureuse* au niveau de la fosse iliaque droite, pour laquelle le diagnostic avait paraît-il, hésité entre appendicite et annexite; il ne fait rétrospectivement aucun doute que cette crise douloureuse correspondait au phénomène de nécrobiose ultérieurement constaté.

CONCLUSIONS

I. — *Ce qu'il ne faut pas faire pendant la gestation :*

Provoquer l'interruption de la grossesse par voie basse.

Faire une hystérectomie prophylactique.

Faire une myomectomie systématique.

II. — *Ce qu'il faut faire pendant la gestation :*

Si tout est normal, attendre.

Si des signes de nécrobiose apparaissent, ne pas se presser d'intervenir. La majorité des accidents de nécrobiose au cours de la grossesse cède au repos et à glace.

Il faut opérer d'emblée les accidents suraigus, car le diagnostic peut être erroné.

Mais il faut savoir refermer le ventre quand la myomectomie ne s'impose pas ou quand l'hystérectomie est seule possible, mais n'est pas indispensable.

Cependant il ne faut pas laisser passer l'heure chirurgicale. Quand on voit les accidents de nécrobiose continuer à évoluer, s'accroître et menacer l'évolution de la grossesse, malgré le traitement médical, il faut tenter une myomectomie, et si celle-ci n'est pas possible il faut se résoudre à faire une hystérectomie. Ces cas ne sont pas certainement les plus fréquents.

Vu : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 23 novembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- AHUMADA. — Discussion à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Buenos-Ayres. *C. R. in Bull. de Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1928, n° 9, p. 891-892.
- ANDÉRODIAS et BÉGOIN. — Opération césarienne suivie d'hystérectomie pour fibrome dystocique en voie de nécrob. Utérus double. Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, 28 nov. 1922.
- ANDÉRODIAS et GUYOT. — Fibromes et grossesses. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 14 oct. 1920.
- BABLET. — Sphacèle de fibrome utérin au cours de la grossesse. Thèse Bordeaux, 1910.
- BARDON. — Circulation artérielle dans les fibromyomes utérins. *Gyn. et obst.*, 1921.
- Etude radiographique de la vascularisation des fibromes utérins. Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, 1922.
- BARTHÉLÉMY. — Nécrobiose des fibromes au cours de la grossesse (étude clinique et traitement). Thèse Bordeaux, 1929.
- BAUDET. — Myomectomie et grossesse. Thèse Nancy, 1924.
- BAZAN. — Discussion à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Buenos-Ayres, 28 juin 1928, *loc. cit.*
- BÉGOIN. — Sphacèle des fibromes utérins non exposés, interstitiels. Sa nature aseptique, son origine vasculaire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 avril 1909, p. 261.
- La nécrobiose des fibromes utérins. *Paris médical*, 17 juin 1922.
- BENOIT-GOUIN. — Grossesse après myomectomie. Thèse Lyon, 1923.
- BERGER. — Suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité. Thèse Paris, 1907.

BLANCHARD. — Torsion du pédicule des fibromes sous-séreux pendant la grossesse. Thèse Paris, 1907.

BLAND. — Uterine myomat. and pregnancy with special reference to tumeur nécrosis. *Surg. gynec. and obst.*, 1925, XL, 3, 367.

BOHLER. — Etude statistique et comparative sur la myomectomie. Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg, 11 janv. 1930.

BRINDEAU. — Les fibromes utérins compliqués de grossesse. *Journ. de méd. et chir. prat.*, 1925; *Presse médicale*, 28 oct. 1923. Discussion à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 8 févr. 1928.

— La myomectomie pendant la grossesse. Rapport au VI^e Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, Bruxelles, 1929.

CHARRIER. — Mémoire à l'Académie de médecine, 1914.

CHAVANNAZ. — Fibromes sphacelés. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1908.

— Fibrome sphacélé au cours de la grossesse. Congrès de gynécologie et obstétrique, Toulouse, 1910; Congrès de chirurgie, 1919.

CHAVANNAZ et NADAL. — Recherches sur la vascularisation des fibromes sphacelés. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1910.

CORNIL. — Sur les altérations anatomiques des myomes pendant la grossesse. *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1893.

COTTE et CREYSEL. — Contribution à l'étude de la myomectomie au cours de la grossesse. *Arch. franco-belges de chir.*, juin 1924.

DANIEL (de Bucarest). — L'hystérectomie prophylactique en bloc dans l'infiltration fibromateuse de l'utérus gravide. Discussion au Congrès de chirurgie, 1924, et Congrès de Bruxelles, C. R., p. 517-519.

DARTIGUES. — Soc. des chirurgiens de Paris, 5 janv. 1923.

DAVIES. — Fibroid tumour complicating pregnancy, labour and the puerperium. *Clin. Journ.*, London, 1924, LIII, 97.

DELAGENIÈRE. — Discussion au Congrès de chirurgie, 1924.

- DELFOURD. — Grossesse compliquée de fibrome, infection, avortement, hystérectomie. Société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy, 21 juill. 1926.
- DENIS. — Contribution à l'étude de la myomectomie pendant la grossesse. Thèse Bordeaux, 1925.
- DEVRAIGNE et ARVIZET. — *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, n° 2, 1929.
- DUJARIER. — Discussion à la Société nationale de chirurgie, 29 mars 1922.
- DUPONT. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 12 mars 1923.
- FAVREAU. — Discussion au Congrès de Bruxelles, 1929, *loc. cit.*
- FAURE (J.-L.). — Discussion à la Société de chirurgie, 29 mars 1922.
- FERRARI et HOUEL. — Myomectomie au cours de la gestation; accident à terme. Société d'obstétrique et de gynécologie, Alger, 13 avril 1929.
- FIRKET. — Deux cas de fibrome compliquant la grossesse. Société d'obstétrique et de gynécologie belge, 2 janv. 1926.
- FLEURENT. — Quelques cas de fibrome opérés pendant la grossesse. Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg, 3 déc. 1927.
- FONTAINE. — De la myomectomie au cours de la grossesse. Thèse Paris, 1913.
- FRUHURSHOLZ et HAMANT. — Myomectomie dans le cas de fibrome volumineux compliquant la grossesse. Société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy, 28 janv. 1928.
- Myomectomie pour gros fibrome au cours de la gestation. Société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy, 21 janv. 1931.
- GAMBIER. — Des fibromes utérins interstitiels nécrobiosés. Thèse Bordeaux, 1908.
- GODLEWSKI. — Fibrome et grossesse. Société d'obstétrique et de gynécologie de Montpellier, 4 janv. 1906, 20 févr. 1929.
- GRIMAULT. — Fibrome et grossesse de trois mois, essais infructueux de myomectomie, hystérectomie. Société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy, 15 juin 1927.

- GROSSE. — Grossesse et fibromes, indication opératoire au cours de la gestation et pendant le traitement. Thèse Paris, 1903.
- Fibrome utérin et grossesse. Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 14 mars 1927.
- GUIROY et BERNASCONI. — Fibromyomes utérins multiples et grossesses. Société d'obstétrique et de gynécologie de Buenos-Ayres, 28 juin 1928. *C. R. in Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1928, n° 9, p. 891, 892.
- HALLER. — Société de chirurgie de Paris, 2 mai 1924.
- HAMANT et VERMELIN. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy, 3 mai 1922.
- HARMANT. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 12 mars 1923, 14 mai 1923.
- HENRETAY. — Discussion au Congrès de Bruxelles, 1929.
- JOB et HAMANT. — Société d'obstétrique et de gynécologie, 18 avril 1923.
- KEIFFER. — Dégénérescence et involution des fibromes pendant les suites de couches. *Rev. franç. de gyn. et obst.*, déc. 1919, p. 451.
- KELLER. — Discussion au Congrès de Bruxelles, 1929.
- LABEY. — Indications opératoires dans les cas de fibrome au cours de la grossesse. Congrès de chirurgie, 1924.
- LASTRA (Th.) et BAZAN (Julia). — La nécrobiose des fibromes utérins pendant la grossesse. Société d'obstétrique et de gynécologie de Buenos-Ayres, 27 oct. 1927.
- LEFÈVRE. — L'avenir des femmes ayant subi la myomectomie. Thèse Paris, 1921.
- LEROUX. — Contribution à l'étude de la nécrobiose des fibromes de l'utérus pendant la grossesse. Thèse Paris, 1923; *Gaz. méd. de Nantes*, 1924; *Bull. méd. de Paris*, 1925, XXXIX, 1049.
- LEVANT. — Du traitement chirurgical des fibromes au cours de la puerpéralité. Mémoire d'agrégation, 1926 (manuscrit).
- MEHEUT. — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques. Thèse Paris, 1901.
- MICHEL et ROUSSEAUX. — Nécrobiose aiguë d'un fibrome après l'accouchement chez une femme ayant eu 12 grossesses. Société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy, 21 janv. 1931.

- PAPIN et MAHON. — Myomectomies multiples pour fibromes nécrobiosés au cours de la grossesse. Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, 30 avril 1929.
- PIQUAND et LEMELAND. — Torsion de fibrome pendant la grossesse. *Obst.*, 1909, p. 473.
- Altération des fibromes utérins pendant la grossesse et les suites de couches. *Obst.*, 1910, p. 28.
- RIOUX. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1923.
- ROWLAND H. HARRIS. — Fibromes utérins et grossesses. *Surg. Gyn. and obstetrics*, sept. 1929.
- SCHOCKAERT. — Myomectomie pendant la grossesse. Société d'obstétrique et de gynécologie belge, 2 janv. 1926, Discussion au Congrès de Bruxelles, 1929.
- SIREDEN. — Discussion au Congrès de Bruxelles, 1929.
- SUREAU et JOB. — Fibrome nécrobiosé inséré sur le segment inférieur; césarienne suivie d'hystérectomie. Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 11 févr. 1929.
- TAYLOR. — *Necrobiotic fibroid. and Pregnancy the pratitioner*, 1906.
- TERMIER. — Discussion au Congrès de chirurgie, 1924.
- TIXIER. — Rapport au Congrès de chirurgie, 1924.
- TURNER. — Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidés. Thèse Paris, 1900.
- VAUVERTS. — Discussion au Congrès de Bruxelles, 1929.
- VIEL. — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques. Thèse Paris, 1930.

